FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1880. **THÈSE** N° 31

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 janvier 1880, à 1 heure.

PAR LOUIS BERTHELOT
Né à Boujailles (Doubs), le 19 octobre 1854,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

5

DU TRAITEMENT DU PANNUS

PAR L'INOCULATION BLENNORRHAGIQUE

ENVISAGÉ PARTICULIÈREMENT EN FRANCE

Président : M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM LABOULBÈNE, *professeur.*
B. ANGER, HALLOPEAU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. VULPIAN.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladie de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honnoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J, CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM	MM.	MM.	MM.
B. ANGER.	DELENS.	HENNINGER.	POZZI.
BERGER.	DIEULAFOY,	HUMBERT.	RENDU.
BERGERON.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	RICHELOT
BOURGOIN.	FARABEUF.	LEGROUX.	RIGAL
CADIAT	FERNET.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GAY.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	GRANCHER.	OLLIVIER.	TERRILLON.
DEBOVE.	HALLOPEAU.	PINARD.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibration en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni une approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE M. SUARD

Secrétaire perpétuel de l'Académie française.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRERE

1843975

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. PANAS

Professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de Paris.

A M. LE DOCTEUR ABADIE

Professeur libre d'ophthalmologie.

DU

TRAITEMENT DU PANNUS

PAR L'INOCULATION BLENNORRHAGIQUE

ENVISAGÉ PARTICULIÈREMENT EN FRANCE

INTRODUCTION.

La question de l'inoculation purulente comme traitement de la conjonctivite granuleuse, plus particulièrement dans les cas où elle se présente compliquée de pannus, a vu le jour au commencement de ce siècle. C'est Frédéric Jæger, de Vienne, qui la tenta le premier en 1812, pour guérir le pannus de l'affection qu'on appelait alors ophthalmie égyptienne.

Cette méthode fut pour ainsi dire accaparée par les médecins belges, qui avaient sous la main de si nombreuses occasions de l'expérimenter. Elle ne fit son apparition en France que tardivement, avec Rivaud-Landrau, en 1855.

Malgré les succès obtenus chez nous-mêmes, l'inoculation blennorrhagique n'est pas entrée dans la pratique, et beaucoup de chirurgiens répugnent à ce moyen. Dans ce travail des plus modestes, nous avons cherché à montrer l'état de la question en France ; nous avons pensé qu'il était utile de faire valoir les succès obtenus dans notre pays, en les réunissant ensemble.

Notre travail comprendra la description anatomique et pathologique du pannus ;

L'historique de l'inoculation blennorrhagique, ses indications et contre-indications ;

Le modus faciendi et le traitement de l'œil inoculé ;

Le mode d'action de l'inoculation purulente, enfin les observations publiées en France.

CHAPITRE PREMIER.

DU PANNUS ET DE SON TRAITEMENT.

En grec πηνος, en latin pannus, morceau d'étoffe, voile, le pannus est caractérisé par la présence de vaisseaux sanguins dans l'épaisseur de la cornée.

On a distingué deux variétés de pannus : le pannus *tenuis*, quand les vaisseaux de nouvelle formation sont clair-semés et rendent la cornée seulement

Du traitement du trachome par l
Bernard, Aimé.;Bernard, Aimé
OPHTHALMOLOGY HCB 01
UCL Library Services, Univers
[123] b21644019
Nov 18, 2014

nébuleuse, le pannus *crassus* ou *sarcomateux* quand ils sont nombreux, avec des opacités multiples, et que la cornée offre l'aspect d'un morceau de drap rouge.

Etiologie. — On n'admet plus aujourd'hui le pannus primitif, et l'on ne discute pas l'opinion de Jüngken (de Berlin), cité par Séchel (1837), et qui signale comme première cause du pannus les irrégularités dans la circulation sanguine du bas-ventre.

Le pannus est toujours secondaire, et le résultat d'une irritation prolongée de la cornée, que celle-ci soit produite par un entropion avec trichiasis, ou par la xérophthalmie, ou encore par les poussières de l'atmosphère dans le cas d'ectropion : c'est le pannus traumatique.

Des causes plus directes lui donnent lieu ; les phlyctènes cornéales, et c'est le pannus dit scrofuleux ; la kératite interstitielle d'Hutchinson.

Une dernière cause, et celle qui nous intéresse le plus, est la conjonctivite granuleuse, laquelle agit de deux façons différentes. Et d'abord, la présence des granulations à la face postérieure de la paupière supérieure agit mécaniquement, par frottement sur la cornée ; c'est ce que l'on observe très bien chez les granuleux dont les paupières reposent avec frottement marqué sur le globe oculaire. Dans ces cas, dès le début de l'affection, le pannus existe, mais il

est limité à la moitié supérieure de la cornée. Si les paupières sont lâches, ont un jeu facile sur l'œil, le pannus souvent ne se montre qu'à la période ultime.

Dans l'ophthalmie granuleuse, une nouvelle cause de pannus est l'invasion de la cornée par les granulations : il y a kératite granuleuse et le pannus est dit sarcomateux.

Anatomie pathologique. — On a distingué trois périodes dans l'évolution de la kératite vasculaire, évolution dont les phases anatomiques nous sont bien connues depuis les recherches d'Ivanoff.

Dans la première, il se forme des amas de leucocytes au-devant de la membrane de Bowmann, dans l'épaisseur de la couche profonde de l'épithélium cornéal. Ces leucocytes sont disposés le long des rameaux nerveux.

« Dans une deuxième période, on voit circuler dans la cornée des globules rouges dont la disposition, d'abord confuse, se régularise peu à peu. Plus tard, tous ces courants s'anastomosent et forment des anses vasculaires qui peuvent être distinguées en profondes et superficielles. Dans les premières, qui sont très ténues, le courant sanguin marche lentement de la périphérie vers le centre. Les vaisseaux superficiels, plus volumineux, sont traversés par un courant qui va du centre vers la périphérie. C'est seulement lorsque le pannus est déjà ancien

Du traitement du trachome par l
Bernard, Aimé à.;Bernard, Aim
OPHTHALMOLOGY HCB 01
UCL Library Services, Univers
[123] b21644019
Nov 18, 2014

que les vaisseaux nouveaux possèdent une paroi propre. Parfois même l'épaisseur de cette paroi est très considérable relativement au calibre des vaisseaux (1) ». A cette période la filtration ne se fait plus au travers de la cornée, qui en est, comme on sait, la voie principale; la tension intra-oculaire augmente : il y a hypertonie. Selon de Wecker, il peut se montrer alors des phénomènes glaucomateux.

Dans une troisième période, les éléments cellulaires qui avaient pénétré dans le stratum épithélial de la cornée, s'organisent et se transforment en tissu cicatriciel. La substance propre de la cornée se change aussi, dans l'ophthalmie granuleuse, en tissu cicatriciel qui est vasculaire ; d'où la couleur rougeâtre de la cornée, que l'on a depuis longtemps comparée alors à un morceau de drap rouge.

Une des complications les plus à redouter dans le pannus est l'ulcération de la cornée. Cette ulcération est de cause mécanique et s'explique par la pression que déterminent les granulations sur le miroir cornéen. C'est, selon une judicieuse remarque, l'escharе au sacrum transportée sur l'œil. Le matelas, c'est la paupière hypertrophiée et résistante ; le sacrum, c'est le globe oculaire comprimé.

Ces ulcérations donnent parfois lieu à des abcès avec perforation, hernie irienne ; on a aussi observé

(1) In Kératites. 1873. Panas.
Berthelot.

le développement d'un staphylome, par hypertonie oculaire, le strabisme, et très rarement une cataracte, la cristalloïde étant venue s'appliquer sur la perforation.

Traitement. — Le pannus, avons-nous dit, est toujours secondaire : on remédiera donc avant tout à la cause qui l'a produit.

Nous avons parlé de pannus strumeux ; dans cette variété il ne suffira pas de traiter les phlyctènes ; le traitement anti-scrofuleux devra être institué et prolongé même après la guérison. Le séjour à la campagne, les toniques, les eaux chlorurées sodiques (Salins) feront la base du traitement.

Que le pannus soit traumatique ou scrofuleux, on peut agir directement sur lui par les insufflations de calomel, la pommade jaune au bioxyde de mercure obtenu par la voie humide. Nous ferons remarquer, après d'autres, qu'il ne faut pas user de calomel sur l'œil des individus qui prennent de l'iodure de potassium à l'intérieur, à cause de la transformation possible au niveau de la conjonctive du calomel en sublimé corrosif en présence de l'iodure que les larmes contiennent.

Si le pannus est consécutif à une conjonctivite granuleuse, c'est sur celle-ci que le chirurgien concentrera ses efforts. Les cautérisations, jusque dans les culs-de-sac, sont indiquées ; depuis Buys, le sous-acétate de plomb, en poudre ou liquide, a rendu

Du traitement du trachome par l
Bernard, Aim√à.;Bernard, Aim
OPHTHALMOLOGY HCB 01
UCL Library Services, Univers
[123] b21644019
Nov 18, 2014

les plus signalés services. On a remarqué, en maintes circonstances, qu'un traitement hygiénique et moral, surtout parmi les populations pauvres, détermine des améliorations considérables sur les granulations et sur le pannus.

De nombreux procédés thérapeutiques ont été dirigés contre le pannus lui-même. Nous allons les passer rapidement en revue, avant d'arriver au procédé qui fait l'objet de ce travail.

Depuis quelque temps, on a cherché à mettre en lumière l'influence favorable qu'exerce sur le pannus ce que l'on a appelé le traumatisme chirurgical oculaire.

M. le professeur Panas ayant dans son service, à Lariboisière, une malade atteinte de conjonctivite granuleuse avec pannus et affectée en même temps de strabisme convergent, voulut, tout en faisant la thérapeutique des granulations, lui faire profiter de son séjour à l'hôpital ; il lui fit une double strabotomie. Dès ce moment, la cornée s'éclaircit rapidement, et les granulations disparurent peu à peu.

L'influence de l'iridectomie sur le pannus n'est pas non plus contestable, surtout quand il y a menace d'accidents glaucomateux. Toujours alors la pupille artificielle est faite en haut, à moins qu'on ne veuille combiner un effet optique à l'effet thérapeutique.

Dans ces deux opérations, strabotomie, iridectomie, il y a traumatisme chirurgical de l'œil. C'est

surtout en vue de provoquer un traumatisme que l'on pratique couramment aujourd'hui la canthoplastie, dans le cas de pannus. Cette méthode, qui consiste dans le débridement des paupières à la commissure externe, était autrefois réservée aux seuls cas de phimosis palpébral.

On pratique, avec des ciseaux, la section des fibres les plus internes de l'orbiculaire, et l'on interpose la conjonctive dans la plaie. M. le professeur Panas recommande de se servir de fils d'argent pour faire la suture ; ils ne coupent pas et ne suppurent pas à la façon des fils de soie. C'est là le procédé de Pagenstecher. Mais parfois on ajoute à la canthoraphie, la tarsotomie longitudinale de von Ammon, conjointement à deux ou trois sutures de Gaillard (de Poitiers), ainsi que nous l'avons observé chez un malade de l'Hôtel-Dieu.

De Wecker préconise la sclérotomie. Avec un couteau lancéolaire, il traverse l'œil de part en part, dans une direction parallèle à l'iris, à 1 millimètre du bord cornéen et 3 millimètres du point correspondant au diamètre vertical. Il dit avoir obtenu des succès alors que la syndectomie avait été insuffisante.

Martin (de Cognac) a modifié ce procédé ; il appelle le sien « la sclérotomie à incision unique en plusieurs temps. » (Ann. d'oculistique, 1879.)

La syndectomie, ou tonsure conjonctivale de Furnari, péritomie des Anglais, consiste dans l'abrasion

avec les ciseaux d'une zone conjonctivale de 5 millimètres autour de la cornée, puis dans le râclage du tissu épiscléral, jusqu'à la sclérotique. Personne aujourd'hui ne pratique la cautérisation du sillon ainsi formé, comme le recommandait l'inventeur de la méthode.

Ce procédé dont les heureux résultats se font attendre deux et même trois mois, agit vraisemblablement par la compression qu'exerce le tissu cicatriciel péricornéen sur les vaisseaux supertificiels de la conjonctive qui sont oblitérés ; les cellules qui infiltrent la cornée et qui tendent à s'organiser, ne reçoivent plus de matériaux de nutrition.

Mais le pannus a résisté à tous les moyens, reste alors l'inoculation blennorrhagique, méthode sur laquelle nous allons parler longuement.

Lawson (Ophthalmic Hospital reports 1864, t. IV), conseille de joindre l'inoculation à la péritomie, lorsque l'œil est complètement guéri de cette opération-ci, et il cite un succès remarquable.

CHAPITRE II.

HISTORIQUE DE L'INOCULATION BLENNORRHAGIQUE.

L'idée première de l'inoculation purulente dans le traitement du pannus granuleux est aujourd'hui

universellement attribuée à Frédéric Jæger, professeur à l'Institut de Vienne (en Autriche).

Mackenzie a voulu revendiquer l'honneur de cette méthode au profit de son ami le docteur Henry Walcker (de Glascow) (1); mais il ne dit pas qu'il l'ait mise en pratique.

Il semble bien avéré que Fr. Jæger le premier, inocula, dès 1812, des yeux atteints de pannus et obtint des guérisons. Il fut amené à ce procédé par l'observation de granuleux atteints de pannus et porteurs de blennorrhagies, qui, contractant une ophthalmie blennorrhagique, guérissaient de leur pannus, et souvent de leurs granulations. Ce nouveau mode de traitement est consigné par lui dans la brochure in-8, publiée en 1840 à Vienne, en vertu d'ordres supérieurs, et portant pour titre : Die egyptische augen-entzuendung, l'ophthalmie égyptienne.

Il traite le pannus rebelle au chlore et à l'opium, et dans les cas où l'intérieur de l'œil est sain, par l'inoculation de la matière de l'ophthalmie des nouveau-nés (lippitudo neonatorum). Il dit avoir le plus souvent réussi à le faire disparaître, et pour expliquer ce résultat, il admet une altération spécifique de la vitalité de la conjonctive.

La même année (1840) qui donna le jour à la notice de Fr. Jæger, vit paraître un mémoire de

(1) Traité des maladies de l'œil, 4e édition, 1857.

Du traitement du trachome par l
Bernard, Aimà.;Bernard, Aim
OPHTHALMOLOGY HCB 01
UCL Library Services, Univers
[123] b21644019
Nov 18, 2014

Joseph-Fr. Piringer, chirurgien de l'hôpital de Gratz (Autriche). Il était intitulé : De la blennorrhée dans l'œil humain, Die blennorrhœain menschenauge. Gratz 1840. Ce mémoire avait obtenu, l'année précédente, auprès de la Société des médecins allemands de Saint-Pétersbourg, la moitié d'un prix de mille roubles, fondé par un philanthrope russe en 1836, et destiné au meilleur travail sur l'ophthalmie des armées.

Comme Jæger, Piringer utilisa dans ses inoculations le pus de l'ophthalmie des nouveau-nés, mais il se servit, de plus, de pus provenant d'yeux atteints d'ophthalmie blennorrhagique. Il ne semble pas qu'il ait recouru directement au pus uréthal. L'application de la méthode fut faite sur 61 yeux; dans 59, le pannus disparut plus ou moins complètement, et dans 34, sans laisser vestige de maladie oculaire. Deux cas seulement échouèrent complètement, l'inoculation n'ayant pas été suivie de réaction sensible. Aussi Piringer conclut-il, tout en recommandant de ne recourir à ce moyen qu'après avoir tenté les autres médications : « Après tant de succès, l'inoculation blennorrhoïque pour guérir le pannus n'est plus une tentative douteuse, qui demande une forte résolution, mais un moyen capital trop longtemps inconnu et négligé. »

Piringer, dans son mémoire, émet, relativement au mode d'inoculation, certaines idées qui paraissent aujourd'hui tout au moins singulières ; c'est

ainsi qu'il prétend que la nuit est le moment le plus propice au développement de l'ophthalmie purulente provoquée, la présence du soleil sur l'horizon semblant lui être contraire. Il admet aussi un rapport direct entre la rapidité de la réaction inflammatoire et la quantité de pus inoculé. Enfin pour lui, la matière inoculée refroidie agit moins promptement que si elle est encore chaude (1).

De l'Autriche, la méthode passa en Amérique. Dès 1843, Arthur Stout, de New-York, publiait quelques essais suivis de notables succès.

En Angleterre, où les granulés étaient nombreux, depuis 1800 et 1802, époque à laquelle les troupes anglaises importèrent l'ophthalmie égyptienne en Europe, on pratiqua quelques rares inoculations, et Dudgeon, en Ecosse, faisait, en 1845, connaître un cas de guérison remarquable.

En Belgique, comme on le sait, la conjonctive granulèuse exerçait les plus grands ravages, dans l'armée. En 1833, les médecins de ce pays étaient divisés, sur la question de l'étiologie, en *compressionnsites* et *contagionnistes;* les premiers attribuant la maladie à la compression exercée sur le front et sur le cou par le shako et le col, les seconds la regardant comme contagieuse. L'opinion des compressionnistes prévalut, et les soldats granulés furent renvoyés dans leurs foyers (1834). Cette mesure ne

(1) In Annales d'oculistique, T. V. Analyse par Fallot.

tarda pas à porter ses fruits ; l'ophthalmie se propagea dans les familles des militaires en congé, et fit de nombreuses victimes.

Le champ d'expérience était donc des plus vastes : les cas de pannus granuleux étaient fréquents. C'est Fallot (de Namur), qui, le premier en Belgique, publia une observation dans laquelle il dit avoir pratiqué, mais avec un succès incomplet, l'inoculation purulente contre un pannus des deux yeux. C'était en 1846.

L'année suivante, en Hollande, Kerst, professeur à Utrecht, tenta l'inoculation sur un dragon affecté de pannus, mais on ne sait si son malade a guéri.

Cette pratique fut appréciée en ces termes peu courtois et peu scientifiques par un médecin français, A. Legrand, dans la Revue médicale de Cayol (1848) : « Nous n'hésitons pas à considérer ce fait presque comme un crime que la morale répudie, que l'amour de la science ne saurait excuser. » Appréciation qui lui attira la réplique de Fallot : « On s'expose à de rudes mécomptes en donnant pour bornes à la science, celles de son intelligence. »

L'inoculation de la matière blennorrhagique prit dès lors un grand développement dans le traitement du pannus. En 1853 et 1854, elle était pratiquée sur une large échelle à l'Institut ophthalmique de Bruxelles.

Dans son Traité des maladies des yeux, publié en

1853, van Roosbroeck annonce avoir pratiqué plus de 100 inoculations, à l'Université de Gand, sans avoir eu d'accident grave à déplorer. Il tenait cette pratique de son maître à Vienne, Fr. Jæger, l'inventeur de la méthode. Il alla plus loin que le maître, et ne se servit pas que du pus d'ophthalmie des nouveau-nés. Il paraît être le premier à avoir utilisé le pus provenant d'une uréthrite blennorrhagique, et cela dès 1844. Il fut conduit à ce mode d'inoculation par une expérience toute faite, qui depuis s'est offerte plus d'une fois à l'attention des cliniciens, en particulier dans la clinique de A. Sichel, comme nous le dirons plus loin.

Une malade soignée par lui pour un pannus double eut subitement une blennorrhée aiguë, dont la cause était un léger écoulement de l'urèthre. Les cornées reprirent rapidement leur transparence habituelle.

Dans la suite, van Roosbroeck employa indistinctement le pus de la blennorrhagie ou le pus d'une ophthalmie purulente quelconque. Pour sauvegarder les apparences et se garer des préventions des malades, van Roosbroeck disait aux granulés qu'il allait *vacciner* leurs yeux : l'expression était reçue auprès des médecins comme synonyme d'inoculation purulente. L'élève de Fr. Jæger attache une telle importance à cette méthode qu'il écrit : « Je regarde ces résultats comme si complets, si merveilleux, si extraordinaires que je ne crains pas de

dire qu'on ne fait rien de plus beau en ophthalmiatrie. »

Hairion, à l'Institut de Louvain, pratiqua l'inoculation un grand nombre de fois, et obtint en dix ans 26 succès. Il abandonna néanmoins ce procédé pour recourir exclusivement au mucilage tannique (tannin, 5 gr. ; gomme arabique, 10 gr. ; eau dist., 20 gr.).

De son côté, Warlomont, professeur à l'Institut ophthalmique de Bruxelles, publiait, en 1854, le résultat de 30 observations d'inoculation purulente dans les cas de pannus granuleux, inoculations toutes suivies de succès. De même que van Roosbroeck, il se sert indifféremment du pus de gonorrhée oculaire, ou du pus de gonorrhée uréthrale (1). Il donne les indications les plus minutieuses sur tout ce qui concerne l'inoculation purulente; son travail est encore aujourd'hui le plus précis et le plus complet sur le point particulier de thérapeutique qui nous occupe. Nous nous réservons d'ailleurs d'y puiser plus loin.

En 1854 également, van Weesemael rapporte un cas d'inoculation pratiquée par van Roosbroeck. Le pannus était double et compliqué d'ulcères sur chaque cornée. L'inoculation fut faite séparément

(1) Du pannus et de son traitement avec 30 observations de la cure radicale de cette affection par l'inoculation blennorrhéique. In-8°, Paris, 1854. Ann. d'oculistique, t. XXXIII.

sur chaque œil : les ulcères se cicatrisèrent complètement, et le pannus disparut.

Depuis lors, les cas de pannus guéris par l'inoculation purulente en Belgique n'ont plus été publiés. La question y est complètement jugée. Aussi avait-on cru que ce silence des médecins belges cachait des revers de la méthode, et que cette pratique était tombée en désuétude. Warlomont s'est chargé de nous détromper, et il nous apprend que l'inoculation jouit aujourd'hui plus que jamais de la faveur des praticiens belges. La croisade, dont il est « le Pierre l'Ermite », depuis 25 ans, n'a pas peu contribué à étendre cette faveur à l'étranger, « parmi tous ceux qui ont la confiance de l'appliquer (l'inoculation) dans toute sa rigueur (1). »

L'Italie, elle, non plus, ne résista pas au courant scientifique. C'est que comme en Belgique, quoique à un degré moindre, l'armée était envahie par l'ophthalmie dite militaire. Aussi est-ce sur trois soldats atteints de pannus que l'inoculation fut pratiquée pour la première fois en ce pays par le Dr Enrico Torri, à l'hôpital Sainte-Ursule, de Ferrare, en 1854 (2). Les trois inoculations, faites avec du pus uréthral, donnèrent trois guérisons. C'est par erreur que l'on a attribué ces succès au Dr Ubaldo Daveri.

Nous avons vu plus haut que dès 1845 Dudgeon,

(1) In Ann. d'oculistique 1877, t. LXXVII.
(2) Idem, 1858, t. XXXVIIII.

en Angleterre, pratiquait l'inoculation. Son exemple ne fut pas infructueux. Humphry, en 1859, publia aussi deux guérisons de pannus par ce procédé. Mais celui qui a le plus contribué à le répandre, est incontestablement Bader, qui donna la relation de 177 inoculations pratiquées chez 112 sujets, pour des cas de pannus (vascular cornea), avec ou sans granulations de la conjonctive (1). L'histoire de ces cas a été recueillie jusqu'en janvier 1864. Bader utilisait le pus provenant d'yeux atteints d'ophthalmie infantile ou antérieurement inoculés, ou encore du pus gonorrhéique uréthral.

Windsor et Wilson ont publié chacun, l'un en 1866, l'autre en 1868, une observation d'inoculation suivie de succès. Enfin, en décembre 1876, A. S. Morton publie deux guérisons (2).

On ne s'étonnera pas de ne pas nous voir parler d'inoculation pratiquée en Suisse. C'est que dans ce pays privilégié, l'ophthalmie granuleuse est rare, à tel point que des oculistes très répandus, dans les cantons de Vaud, de Neuchatel, de Berne, n'en observent presque jamais d'exemple.

Nous avons maintenant à voir de quelle façon l'inoculation blennorrhagique a pénétré en France.

C'est en janvier 1857 que la question fut traitée par Rivaud-Landrau, oculiste à Lyon (3). Il publia

(1) In Ann. d'oculistique, t. LVII.
(2) Ophthalmic Hospital reports. V. IX. 6. 50.
(3) In Ann. d'oculistique, t. XXXVII.

deux observations de pannus granuleux traités et guéris par l'inoculation de pus blennorrhagique. Ses deux observations remontent, la première à octobre 1855, la seconde à novembre de la même année : nous les donnons résumées plus loin. Ce sont là les premiers essais heureux du procédé de Jæger en France.

Nous disons heureux, parce que, au dire de Fallot (1), l'inoculation aurait été pratiquée par Carron du Villards dans trois cas de pannus dès 1841 : le résultat, peu encourageant, fut trois fontes totales de l'œil. Mais nous n'avons pu élucider la question de savoir si Carron du Villards, originaire de la Savoie, a pratiqué ces inoculations à Paris ou à l'étranger dans ses nombreux voyages.

Une longue période d'années s'écoule sans que l'on fasse chez nous la moindre tentative de ce traitement du pannus. Rivaud-Landrau donne deux raisons de cette indifférence des médecins français. La première serait la rareté beaucoup plus grande du pannus en France qu'en Belgique; la deuxième résulterait de l'effroi qu'inspire une médication aussi énergique. La vérité est que les pannus granuleux sont moins fréquents dans notre pays qu'ils ne l'ont été dans certains pays voisins où l'inoculation a joui d'une grande vogue. Cependant la conjonctivite granuleuse règne en maîtresse

(1) Idem, t. V.

sur la population ouvrière de Paris; il n'y a pour s'en convaincre qu'à parcourir les diverses cliniques de la capitale. Et nous n'en voulons d'autre preuve que les nombreuses canthoplasties pratiquées dans ces derniers temps contre le pannus. Ce n'est donc pas faute de sujets d'expérience que les chirurgiens français ont dédaigné ce mode de traitement.

Quant à la seconde raison que donne Livaud-Landrau, on est en droit de s'en étonner de la part des chirurgiens de notre pays. Warlomont se pose cette question, et s'écrie, tout en reconnaissant qu'il faut une certaine hardiesse pour recourir à l'inoculation purulente : « Pourquoi les médecins français, qui ont tous les courages, manqueraient-ils de celui-là (1). »

Nous n'avons pu trouver aucun cas nouveau d'inoculation blennorrhagique en France depuis 1855 jusqu'à 1873. Brière (du Havre) signale dans le Bulletin de thérapeutique (1873) cinq cas de pannus guéris par l'inoculation purulente, soit accidentelle, soit provoquée, cas observés dans la clinique de Sichel.

Sichel ne pratiqua l'inoculation blennorrhagique qu'après avoir vu trois cas de pannus granuleux guéris d'une manière fortuite. Le premier est relatif à une conjonctivite granuleuse chronique avec pan-

(1) In Ann. d'oculistique, t. LXXVII.

nus, chez un garçon de 14 ans, qui contracta une ophthalmie purulente, celle-ci étant épidémique dans la clinique. L'enfant guérit tout à la fois de ses granulations et des vascularisations de sa cornée. Le deuxième et le troisième cas sont en tout point semblables à ceux qu'observèrent Jæger et van Roosbroeck : une jeune fille atteinte de pannus granuleux eut une violente ophthalmie blennorrhagique, l'inflammation tombée, les cornées recouvrèrent leur transparence.

La troisième inoculation est relative à un jeune homme de 19 ans, portant un pannus double, qui avait occasionné la perte de la vue (1872). Il contracta une ophthalmie double, reconnaissant pour cause un écoulement uréthral datant de douze jours; Sichel annonça que si les cornées résistaient, le malade aurait le bénéfice de ses souffrances et serait guéri de ses granulations et de son pannus. C'est ce qui arriva en effet; le malade ne conserva qu'un léger néphélion au niveau d'une petite ulcération de la cornée.

Sichel n'a fait, en somme, que deux inoculations. Toutes les deux furent suivies de succès ; nous donnons plus loin la relation de la seconde en date (observation III).

Son élève Brière (du Havre) tira profit des enseignements du maître. En 1875, il publie deux nouvelles observations de pannus doubles guéris par

l'inoculation blennorrhagique (1). L'un des malades a été vu par le Dr Giraud-Teulon (Société de chirurgie, 14 octobre 1874). Dans les deux cas, Brière n'a fait l'inoculation que d'un seul œil, prévoyant, ce qui s'est vérifié, que le malade s'inoculerait lui-même l'autre œil.

Viennent ensuite par ordre chronologique deux cas remarquables d'inoculation blennorrhagique, communiqués par M. le professeur Panas à la Société de chirurgie dans la séance du 26 juin 1878 (2). Nous donnons plus loin les deux observations.

Le premier cas date de juillet 1875. Le malade porteur du pannus avait subi plusieurs opérations, entre autres la canthoplastie et la péritomie; l'inoculation fut suivie d'un plein succès, et cependant l'affection remontait à huit ans. La seconde observation est celle d'une femme granulée, depuis 1870, et affligée d'un pannus qui depuis cinq mois avait obscurci la vue au point que la malade ne pouvait se conduire. L'inoculation, qui fut faite en juillet 1877, donna un succès merveilleux.

Dans un cas, l'inoculation fut d'abord unilatérale; dans l'autre, elle fut pratiquée sur les deux yeux simultanément. Dans les deux, les malades ont été suivis pendant plusieurs années, et la guérison s'est maintenue. M. le professeur Panas a présenté

(1) Idem, t. LXXIV.
(2) Bulletin de la Société de chirurgie, 1878.

en novembre 1879, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, la malade inoculée en 1877 : il n'y avait aucune récidive, et même les globes oculaires ne présentaient aucune trace d'affection antérieure. La malade venait consulter pour une légère conjonctivite. C'est qu'en effet, comme M. le professeur Panas l'a observé, les yeux ainsi guéris de pannus sont ce qu'on appelle « des yeux tendres »; la conjonctive palpébrale a de la tendance à rougir et à subir de temps en temps de légères poussées granuloïdes; de même aussi la cornée se vascularise facilement.

Le Dr Abadie, professeur libre d'ophthalmologie, a pratiqué l'inoculation en 1878, contre un pannus granuleux qui avait résisté à l'opération de Pagenstecher, et à la tonsure conjonctivale. Nous donnons plus loin l'observation détaillée. Il s'est servi du pus d'une ophthalmie d'un nouveau-né, à l'exemple de Jæger. Dans son Traité des maladies des yeux, M. Abadie s'était élevé d'abord contre cette méthode. Aujourd'hui il en constate les bons effets.

Enfin, les dernières observations qui ont paru appartiennent encore à Brière (du Havre) (1). Elles sont au nombre de 5 : 5 sont relatives à des cas de pannus granuleux, guéris par une ophthalmie purulente survenue accidentellement au milieu d'une épidémie; les 2 autres concernent des inoculations provoquées par la main du chirurgien. Les 5 cas ont été 5 guérisons.

(1) In Ann. d'oculistique, 1879.

En récapitulant tous les faits publiés en France d'inoculation purulente dans le traitement du pannus, nous arrivons au chiffre total de 17 cas, tandis qu'à l'étranger il y a près de 400 observations connues. Nous remarquons que, dans notre pays, l'inoculation a été dirigée uniquement contre le pannus consécutif à la conjonctivite granuleuse. C'est d'ailleurs la manière d'agir universellement adoptée aujourd'hui, et l'inoculation blennorrhagique n'est plus préconisée que contre le pannus granuleux. Les autres procédés suffisent dans la grande majorité des cas à détruire le pannus non granuleux.

Warlomont lui-même, grand partisan de la méthode, a recours à la péritomie dans le pannus sans granulations. Il recommande le procédé de Furnari à l'exclusion de l'inoculation (1). Le procédé de Jæger enlève à la fois et le pannus et les granulations conjonctivales : le résultat obtenu est double. La péritomie, dans nombre de cas, agit favorablement sur les granulations palpébrales, bien qu'appliquée directement au traitement du pannus consécutif ; mais son action se réduit à celle que détermine sur l'œil un traumatisme chirurgical, la strabotomie dans le cas de M. le professeur Panas, l'iridectomie, la canthodialyse et la sclérotomie dans les nombreux faits observés dans ces dernières années.

(1) Idem, 1873, t. LXX.

CHAPITRE III.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'INOCULATION BLENNORRHAGIQUE DANS LE TRAITEMENT DU PANNUS.

Nul mieux que Warlomont, qui a tant écrit sur la question, n'a mieux précisé les cas de pannus qui réclament l'inoculation. Sa vaste expérience sur ce point particulier de thérapeutique oculaire lui donne une autorité incontestable; il serait puéril de croire ajouter aux sages indications qu'il donne du procédé : aussi l'on ne nous en voudra pas si dans ce chapitre nous faisons de larges emprunts à ce qu'il a publié sur la question.

Nous dirons tout d'abord que l'inoculation blennorrhagique ne doit être, en thèse générale, dirigée que contre le pannus consécutif à une conjonctivite granuleuse. Warlomont estime lui-même (1), que ce procédé a été renversé par la péritomie dans les cas de pannus non granuleux; et, jusqu'ici grand partisan de la méthode, il la délaisse dans ce cas particulier pour le procédé de Furnari.

Les chirurgiens sont d'accord, en présence d'un cas de pannus avec granulations palpébrales, pour tenter, même quand le pannus est sarcomateux (pannus crassus), deux procédés qui demandent

(1) Idem, 1873, t. LXX et 1877, t. LXXVII.

moins de hardiesse, mais qui rendent les plus grands services ; nous voulons parler de l'opération de Pagenstecher et de la tonsure conjonctivale. Le premier agit à titre de révulsif, comme saignée locale révulsive, sur le pannus et les granulations. Le procédé de Furnari agit également de cette manière ; mais de plus, comme nous l'avons dit plus haut, il a une action directe sur les opacités cornéennes, en diminuant l'abord des matériaux de nutrition aux cellules infiltrées dans le tissu cornéen. Enfin il détruit les vaisseaux.

Mais le pannus a résisté à la péritomie, comme chez le malade de M. le professeur Panas, quelles sont les indications de l'inoculation blennorrhagique.

L'inoculation donne des résultats d'autant plus satisfaisants que le pannus est plus ancien, plus développé, que la cornée est plus riche en vaisseaux pouvant hâter la résorption des exsudats opaques épanchés dans l'épaisseur des lames cornéennes. L'expérience a depuis longtemps démontré que ce sont ces pannus sarcomateux, avec végétations en crête de coq, comme on en observe chez des malades peu soucieux, les gens de la campagne, dont les yeux sont pour ainsi dire vierges de tout traitement, que ce sont ces pannus, disons-nous, qui subissent l'inoculation avec les meilleurs résultats.

C'est dans ces cas où le miroir cornéen est rem-

placé par une surface dépolie, rouge et charnue, que les accidents sont à vrai dire inconnus.

Le pannus arrive assez rarement à ce degré sur un œil sans que son congénère n'offre la même lésion ; par conséquent le pannus est indiqué dans le pannus bilatéral.

Même quand le pannus n'est pas arrivé à son summum de développement, l'inoculation doit être pratiquée, alors qu'il s'accompagne de végétations rebelles, végétantes, de véritables trachomes qui résistent à toutes les médications. Dans ces circonstances, ainsi qu'on l'a fait remarquer, le remède ne saurait être pire que le mal ; c'est le cas de mettre en pratique cet axiome : *melius est experiri anceps remedium quam nullum.*

Dans tous les cas de pannus bilatéral, il faut inoculer les deux yeux simultanément. On épargne ainsi au patient une recrudescence des douleurs au moment où est inoculé l'autre œil ; la durée du traitement est moindre, enfin on n'a pas à redouter qu'une nouvelle inoculation sur l'œil primitivement inoculé se fasse alors que le second œil est en pleine ophthalmie blennorrhagique et laisse écouler en abondance du pus que le malade ou le garde-malade transporteront sur ce premier œil en voie de guérison.

L'inoculation a aussi ses contre-indications.

Dans des cas peu fréquents, on a vu le pannus

s'accompagner de staphylome cornéen. Alors l'inoculation est contre-indiquée.

De même s'il existe des ulcérations de la cornée, lésions plus fréquentes. On craint avec juste raison que sous l'influence du processus inflammatoire l'ulcère gagne en profondeur, atteigne la membrane de Descemet, que celle-ci cède, d'où écoulement de l'humeur aqueuse, hernie irienne, et possibilité de phlegmon, avec fonte de l'organe de la vision. L'inoculation blennorrhagique dans le pannus avec ulcération kératique n'est pourtant pas sans précédent ; van Weesemæl vit dans un cas heureux les ulcères se cicatriser et le pannus disparaître.

Malgré ce succès, nous pouvons admettre hardiment que toute altération de la coque oculaire est une contre-indication à l'inoculation.

L'unilatéralité du pannus est une nouvelle contre-indication. En effet, presque fatalement l'œil sain sera inoculé, malgré les soins minutieux que l'on prendra pour le préserver. L'on sait que la cornée transparente est dans de toutes autres conditions que la cornée recouverte de pannus pour résister à l'inflammation violente que développe l'inoculation : les effets désastreux de l'ophthalmie blennorrhagique sont là pour en témoigner.

Enfin le pannus, quoique double, mais partiel, limité à une portion de la cornée, ne réclame pas l'inoculation. Souvent le pannus granuleux n'envahit que la moitié supérieure de la cornée ; jamais dans

ces cas on ne pratiquera l'inoculation. Ces mêmes accidents que l'on redoute pour une cornée transparente dans toute sa surface sont à craindre pour une moitié, un quart de cornée saine.

Nous résumerons par ces deux propositions :

L'inoculation blennorrhagique est le remède souverain dans les pannus doubles, sarcomateux, avec granulations rebelles; c'est le remède des cas désespérés, selon l'expression de Piringer.

L'inoculation est contre-indiquée toutes les fois que le pannus est partiel ou unilatéral, ou que, étant double, la coque oculaire est altérée.

CHAPITRE IV.

MODE D'INOCULATION.

Jæger et Piringer inoculèrent exclusivement le pus de l'ophthalmie des nouveau-nés ; l'observation XII montre que le Dr Abadie a suivi cet exemple. Depuis van Roosbrœck, qui le premier utilisa le pus de la blennorrhagie, la plupart des chirurgiens ont eu recours au pus uréthral. Il ne semble pas qu'il soit indifférent de prendre au hasard du pus de blennorrhagie aiguë ou du pus d'un écoulement déjà ancien, l'observation de Sichel (obs. III) montre qu'il échoua dans une première inoculation

faite avec du pus d'un catarrhe chronique. Comme l'a fait M. le professeur Panas, il est préférable de recourir au pus d'un écoulement uréthral à la période aiguë.

Je cite pour mémoire l'opinion de Piringer qui regardait la nuit comme le meilleur moment pour pratiquer l'inoculation ; on ne s'inquiète guère aujourd'hui de savoir si le soleil est au-dessus ou au-dessous de l'horizon.

La dilution du liquide purulent est superflue. Il serait sans utilité d'étendre d'eau le pus uréthral ; cela n'aurait pas grand inconvénient à la vérité, car Warlomont a constaté qu'étendue de 100 fois son volume de véhicule, le pus blennorrhagique agit tout aussi bien. L'expérience se trouve toute faite dans l'observation du malade dont parle Mackensie. Affecté de blennorrhagie, il exprimait à la fin de la miction les dernières gouttes d'urine, quand une goutte lui jaillit dans l'œil et détermina une gonorrhée oculaire.

Il est des malades chez lesquels l'œil ne réagit que peu au point sous l'influence de la matière inoculée. Les sujets qui offrent cette singularité sont surtout ceux dont la conjonctive est comme cutisée, offre un tissu de cicatrice, irritée qu'elle a été par la présence de vieilles granulations et des cautérisations répétées. Van Roosbroeck a rencontré des granuleux chez lesquels on inoculait trois fois par jour, pendant six semaines consécutives, du pus d'une blen-

norrhagie aiguë, et qui ne présentaient qu'une légère irritation de l'œil.

Enfin des individus, réfractaires à une première inoculation, n'offrent plus cette immunité à la seconde.

Le meilleur mode de pratiquer l'inoculation est le plus simple. Il suffit de porter le pus avec un pinceau sur la conjonctive palpébrale, en déprimant avec le doigt la paupière inférieure. On a reconnu qu'il était inutile de protéger l'œil inoculé, pour mettre obstacle à l'issue du pus au-dehors.

Doit-on, dans les cas de pannus double, inoculer les deux yeux simultanément, ou attendre que les symptômes inflammatoires se soient apaisés d'un côté pour agir sur l'autre. La pratique a démontré que, malgré toutes les précautions prises pour protéger l'œil intact, celui-ci s'inoculait rapidement dès que l'écoulement purulent s'établissait sur l'autre œil. Ce n'est point là une affaire de sympathie, le malade est lui-même l'inoculant; il porte involontairement ses mains sur l'œil enflammé et sur l'œil non inoculé. D'ailleurs les pièces du pansement, les lavages que l'on est obligé de faire, suffiraient à provoquer ce que l'on redoute. Il ressort de ce fait que l'on n'appliquera pas la méthode dans un cas de pannus unilatéral.

L'œil inoculé, quels sont les phénomènes qui se produisent, et comment traitera-t-on l'ophthalmie ainsi provoquée.

CHAPITRE V

SYMPTÔMES DE L'OPHTHALMIE PROVOQUÉE; SON TRAITEMENT

Les phénomènes qui se déroulent sous l'œil du médecin sont identiquement les mêmes que ceux que l'on observe dans l'ophthalmie purulente, survenant dans le cours de la blennorrhagie. On peut distinguer trois périodes : la première, période d'augment, qui dure 4 à 6 jours; la deuxième, période d'état, d'une durée de un à trois septénaires ; la troisième, qui est la période du déclin, et dans la circonstance la période de réparation, de résorption du pannus, qui ne demande pas moins d'un à deux mois.

Quelques heures après l'inoculation, vingt-quatre et trente-six heures dans certains cas, l'œil devient sensible à la lumière. Il est le siège de picotements ; il larmoie ; puis la conjonctive s'injecte et se couvre de vaisseaux; les paupières se tuméfient et offrent cet aspect bien connu de voiles rouges et œdémateux enfermant le globe oculaire. Les larmes jaillissent quand on les entr'ouvre ; puis c'est du mucus plus ou moins visqueux; d'abord de la sérosité citrine, et enfin du liquide franchement purulent.

A ce moment les douleurs circumorbitaires sont des plus violentes ; il semble au malade que sa tête

va éclater. Il est en proie à la fièvre, caractérisée par la soif, l'accélération du pouls et l'élévation de la température. Il ne peut se livrer au sommeil.

Cet état dure plusieurs jours, si l'on n'a pas soin de modérer les phénomènes inflammatoires par les cautérisations quotidiennes au nitrate d'argent, par l'application continue de la glace, et les injections hypodermiques de morphine. A ce moment, les paupières sont rouges et engorgées ; un pus verdâtre se crée passage à travers la fente palperale et excorie la peau de la joue ; un bourrelet de chémosis entoure la cornée rouge et tuméfiée.

Ces phénomènes s'amendent peu à peu, et la période de résorption commence. L'écoulement purulent diminue de plus en plus chaque jour ; le gonflement œdémateux des voiles palpébraux se fond insensiblement ; les douleurs se calment ; le sommeil et l'appétit reviennent.

Mais les phénomènes les plus importants se passent du côté de la cornée. Dès que le malade peut ouvrir les paupières, elle apparaît comme une surface bourgeonnante vasculo-charnue ; si l'on n'était prévenu l'on serait tenté de croire à l'impossibilité de la réparation de la cornée. La conjonctive perd aussi de plus en plus sa rougeur inflammatoire ; s'il y a des granulations, celles-ci d'abord rouge lie de vin et tuméfiées, s'anémient et se rapetissent. La cornée peu à peu s'éclaircit : il se fait là un travail de réparation des plus intéressants, les exsudats épanchés

dans l'épaisseur des lames cornéennes se résorbent et font place à un tissu transparent, les vaisseaux diminuent de calibre et disparaissent lentement.

Traitement. — On a dès longtemps observé que les cornées recouvertes de pannus résitent beaucoup mieux à l'inflammation que provoque l'ophthalmie purulente et en particulier l'ophthalmie blennorrhagique, mieux, disons-nous, que les cornées saines et transparentes. Aussi plusieurs chirurgiens, grands partisans de l'inoculation, ont-ils pris pour règle générale d'abandonner l'œil inoculé à lui-même, ne se réservant d'intervenir que si la cornée s'ulcère et qu'il y ait menace de perforation : c'est la façon d'agir de van Roosbroeck et de Warlomont.

Cependant les inventeurs de la méthode avaient moins de hardiesse. Jæger et Piringer cherchaient à enrayer l'inflammation, dans les cas à réaction violente, par les purgatifs et les antiphlogistiques.

Le traitement local et direct est plus efficace. Il a toujours été mis en pratique et France depuis Rivaud-Landrau, si ce n'est par Brière, qui, à l'instar des médecins belges ne fait que des lavages de propreté. Sichel a utilisé les cautérisations au caustique lunaire, les compresses glacées et les lavages à l'eau de chlore. Le docteur Abadie a eu recours également au nitrate d'argent et à la glace. M. le professeur Panas de même a employé le trai-

tement abortif, le cessant dès que le chémosis et l'écoulement purulent diminuaient.

Il est des cas néanmoins où l'intervention active du chirurgien est nécessaire : c'est quand la cornée se prend. Warlomont donne, comme signe pronostic fâcheux, ce fait que dans la période inflammatoire de l'ophthalmie provoquée, les paupières ne prennent pas cet aspect caractéristique de la conjonctivite purulente : elles ne sont que faiblement gonflées œdémateuses. Il faut craindre alors pour les cornées. Si celles-ci s'ulcèrent, on traitera les ulcérations par les moyens usités, l'atropine ou l'ésérine, et le bandeau compressif. Warlomont dit se bien trouver alors de la pommade au baume du Pérou : précipité rouge, 10 centigr.; axonge, 5 gr.; baume du Pérou, 10 gouttes, deux fois par jour.

On peut aussi voir apparaître des ulcérations kératiques, lorsque la marche de l'ophthalmie est franchement inflammatoire. Le malade se plaint subitement d'une douleur extrêmement violente; c'est le signal de la lésion. Les mêmes moyens que précédemment devront être mis en usage; on insistera surtout sur la cautérisation de la conjonctive. On a vu dans quelques cas malheureux la cornée se perforer, et une hernie de l'iris survenir consécutivement. Je rappellerai que van Veesmael a publié un cas de pannus avec ulcérations kératiques, guéri avec cicatrisation de celles-ci, par l'inoculation pratiquée sur les deux yeux séparément.

La fonte totale de l'œil se serait vue dans quelques cas rares; c'est ce qui eut lieu dans les trois inoculations faites par Carron du Villards, résultats qui ne lui firent pas priser beaucoup la méthode.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS QUE DONNE L'INOCULATION

Jæger se borne à dire que l'inoculation du pus de l'ophthalmie des nouveau-nés a souvent fait disparaître entre ses mains, le pannus qui avait résisté aux moyens usités de son temps; mais il ne donne pas le chiffre des guérisons qu'il a obtenues.

Piringer a appliqué la méthode à 61 yeux; sur 59, elle réussit plus ou moins complètement et dans 34 cas, sans laisser vestige d'affection oculaire quelconque. Il n'observa pas de récidive du pannus.

Les plus beaux résultats ont été obtenus par les médecins belges. Hairion, dans une période de six années, eut 26 succès. Van Roosbrock pratiqua plus de 100 inoculations sans avoir d'accident; aussi dit-il qu'on ne fait rien de plus beau en ophthalmiatrie. Warlomont, en 1854, compte 30 guérisons sur 30 inoculés.

En France, il y a dix-sept succès sur 17 inoculations, que celles-ci aient été accidentelles ou provo-

quées. Dans 6 cas, dont 3 de Sichel, et 3 de Brière (du Havre), l'inoculation fut le résultat d'une épidémie, ou du transport involontaire du pus par les doigts du malade. Les 11 autres cas sont bien des inoculations dirigées directement contre le pannus, et ce sont autant de guérisons.

Il nous est donc facile de conclure en faveur d'une méthode, qui a donné jusqu'ici à tous ceux qui l'ont employée les résultats les plus favorables. Nous avons voulu, dans la mesure de nos humbles forces, contribuer à faire connaître, dans notre pays, non pas le principe même qui est familier à tous les chirurgiens, mais, en les groupant, les cas trop peu nombreux en France où l'inoculation blennorrhagique n'a donné que des succès dans le traitement du pannus. Le nombre d'ophthalmies granuleuses avec opacités et vascularisations de la cornée est assez fort dans nos grandes villes, à Paris surtout, pour que les médecins français ne craignent pas de recourir à un procédé qui demande tout d'abord il faut le dire, une grande hardiesse, et qui rend de si grands services dans les cas désespérés où la tonsure conjonctivale a échoué.

Il nous reste à signaler deux conséquences de l'application de l'inoculation sur les yeux affectés de pannus.

La première est un certain degré de myopie. Les individus guéris, avec transparence parfaite de la cornée, distinguent difficilement les objets à longue

distance ; ils sont obligés de rapprocher beaucoup les petits objets, pour les bien voir. Mais cette myopie n'est qu'apparente, l'usage des verres concaves n'améliore pas la vision ; de plus, elle est transitoire et ne dure que quelques semaines.

Faut-il, avec Warlomont, attribuer ce phénomène à l'état de parésie qu'aurait subie la rétine, qui, depuis longtemps, six ans quelquefois, n'était plus impressionnée par les rayons lumineux interceptés par le pannus. Cette interprétation ne nous satisfait pas complètement. Nous serions plutôt tenté de croire que, sous l'influence des granulations conjonctivales, le globe oculaire a subi par pression des changements de courbure et de réfraction, d'ailleurs minimes, qui disparaissent avec les trachomes.

On sait aussi qu'une conjonctivite granuleuse ancienne détermine parfois le retrait du globe oculaire dans l'intérieur de l'orbite. Je viens d'observer un exemple remarquable de ces yeux dits « morgagniens », à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Panas. Il y a résorption du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, sur lequel l'œil fluctue dans ses mouvements, les globes oculaires sont comme atrophiés et probablement altérés dans leurs méridiens. L'inoculation faisant disparaître les granulations, la compression oculaire cesse ; les yeux rentrent dans leurs conditions de stabilité normale, à moins toutefois, que les granulations ne datent de

l'enfance, comme chez le malade de M. Panas, ou au moins de très-longtemps.

Une deuxième et dernière suite de l'inoculation a été indiquée par le professeur de la Clinique de l'Hôtel-Dieu. L'inoculation laisse après elle, selon son expression, des « yeux tendres », c'est-à-dire que les yeux ainsi guéris de pannus gardent une tendance à rougir, à s'injecter facilement, et même parfois à devenir le siège de légères poussées de granulations. L'exposition à l'air sec et froid donne lieu à ces phénomènes.

En même temps que la conjonctive rougit, la cornée se vascularise volontiers à sa périphérie ; il y a imminence de pannus tenuis. Mais il est facile d'enrayer ce processus. Les collyres de nitrate d'argent au trentième, les douches de vapeur locales, les cautérisations au sous-acétate de plomb, en ont vite raison. Ce fut le cas de la malade qui fait le sujet de l'observation M. Panas l'a revue à plusieurs reprises, venant le consulter pour une poussée de conjonctivite, laquelle cédait rapidement aux moyens que je viens de citer.

C'est probablement à la négligence que l'on a mise à ne pas traiter ces conjonctivites, d'abord légères, survenant comme à répétition, qu'il faut attribuer les récidives de pannus, après une première guérison des granulations et du pannus par l'inoculation blennorrhagique. Dans ces cas, qui d'ailleurs sont rares, l'inoculation a donné les mêmes succès qu'à la premiere tentative.

CHAPITRE VII

MODE D'ACTION DE L'INOCULATION

L'on est en droit de se demander l'expliction de ce mode de guérison du pannus par l'inoculation blennorrhagique. Il y a deux choses à considérer, selon nous, dans le mode d'action de ce procédé.

L'expérience clinique a appris qu'un traumatisme chirurgical sur l'œil, soit l'iridectomie, soit la strabotomie, comme dans l'observation de M. le professeur Panas, soit enfin le débridement de la commissure externe des paupières, qu'un traumatisme, disons-nous, a dans de nombreuses circonstances l'influence la plus favorable sur le retrait des granulations palpébrales et la disparition du pannus. C'est là une action d'ordre révulsif. L'iridectomie, la strabotomie ont la même fin qu'un vésicatoire, par exemple; la canthodialyse fait l'effet d'une saignée locale révulsive.

Il ne nous répugne pas d'admettre une semblable action révulsive dans cet autre procédé, l'inoculation blennorrhagique. Mais, à notre avis, cette action est secondaire, et l'action prépondérante doit être attribuée à l'élément inflammatoire.

Quelles sont en effet les conditions d'un pannus granuleux? D'un côté, une muqueuse conjonctivale à l'état d'inflammation chronique, supportant des

produits de nouvelle formation tendant à se transformer en tissu cicatriciel; de l'autre côté, des vaisseaux et des exsudats opaques dans l'épaisseur du tissu cornéen.

L'ophthalmie essentiellement inflammatoire que développe l'inoculation modifie singulièrement la vitalité de la conjonctive et de la cornée.

Il nous semble utile de dire au préalable ce qu'est cette granulation qui va disparaître.

La granulation procède de la conjonctive, en repoussant devant elle l'épithélium. Primitivement c'est un amas de cellules sous-jacentes à cet épithélium, et reposant sur une base formée par du tissu connectif dans lequel des vaisseaux se ramifient. Progressivement le tissu conjonctif étouffe les cellules; enfin il envahit toute la granulation : celle-ci n'est plus alors qu'un tissu de cicatrice (Sœmisch, de Bonn. — Congrès d'Amsterdam 1879).

Sous l'influence de la vitalité nouvelle qu'imprime à la conjonctive l'ophthalmie provoquée, le tissu des granulations se résorbe, s'atrophie, disparaît. La muqueuse palpébrale et oculaire redevient lisse, mais elle reste plus ou moins exsangue par places.

Ce processus chronique que l'inoculation change subitement en une inflammation suraiguë est assez analogue à ce qui se passe dans le traitement de la blennorrhagie chronique, par l'introduction répétée de bougies. Leur passage modifie la vitalité d'une muqueuse torpide, il l'irrite, la stimule et substi-

tue à un processus chronique un état inflammatoire qui amènera la cicatrisation des bourgeons charnus de la muqueuse uréthrale et, avec elle, la guérison de l'écoulement.

Une réaction analogue a eu lieu dans le fait clinique suivant. Un sujet atteint d'un vieux catarrhe chronique de la muqueuse de Schneider avec ozène, contracte une blennorrhagie; il porte par hasard avec ses doigts une goutte de pus uréthral dans ses narines. Bientôt il est pris d'un coryza extrêmement violent, avec écoulement des plus abondants. Quand l'inflammation est tombée, le coryza chronique a disparu et avec lui l'ozène qui faisait le tourment du malade.

Quant au pannus proprement dit, composé de vaisseaux, d'éléments cellulaires infiltrés, de tissu cicatriciel vasculaire, l'action est semblable. Les vaisseaux cornéens prennent une activité nouvelle les exsudations se ramollissent, se résorbent, sont entraînées par les vaisseaux de nouvelle formation venus de la conjonctive. Puis les vaisseaux superficiels et profonds de la cornée s'atrophient et disparaissent à leur tour. C'est ainsi que le pannus s'en va graduellement et que le miroir cornéen reprend sa transparence.

On a observé ce processus très nettement sur des cornées présentant des taies anciennes. Chevallereau signale un cas de ce genre (1) : un palefrenier

(1) *France médicale*, 8 février 1879.

du cirque Myers arrive dans le service de M. Polaillon, avec une ophthalmie blennorrhagique aux deux yeux et porteur d'un albugo opaque recouvrant la moitié de l'œil droit. Cet albugo reconnait pour cause des phlyctènes de l'enfance. Le malade guérit de son ophthalmie et de sa taie cornéenne en grande partie.

Warlomont incline à croire que l'opthalmie purulente provoquée n'agit pas seulement comme inflammation suraiguë, mais aussi d'une manière spécifique. Nous ne le pensons pas et tout autre agent que le pus blennorhagique qui provoquerait une ophthalmie aussi violente nous semble devoir conduire au même résultat. C'est ainsi qu'on a vu, l'ophthalmie diphthérique survenant chez un granuleux porteur d'un pannus, le malade guérir de l'une et l'autre lésion, comme dans une inoculation blennorrhagique. (Thèse de Lewinski 1860. Koënigsberg — Analyse in Ann. d'oculistique. T. 45.).

OBSERVATIONS

DE PANNUS GUÉRIS EN FRANCE PAR L'INOCULATION BLENNORRHAGIQUE.

Obs. I. — Pannus granuleux. Guérison. (Observation de Rivaud-Landrau, in Ann. d'oculistique, t. XXXVII. Résumée.)

L'abbé P..., 58 ans, est amené à Lyon en août 1855, aveugle depuis un an, et depuis quatre atteint de plegmasies oculaires répétées. Un voile vasculo-membraneux rougeâtre couvre les deux yeux. Ni douleur, ni photophobie. La vue est complètement abolie ; des deux côtés, le malade ne distingue aucun objet, il perçoit seulement le jour. Entropion de l'œil droit qui est opéré avec succès. On fait cinq fois en six semaines la tonsure conjonctivale, sans autre résultat que la cicatrisation d'une ulcération cornéenne. Le 21 octobre, Rivaud-Landrau inocule les deux yeux avec du pus d'ophthalmie de cause blennorrhagique. La réaction a lieu au bout de vingt-six heures ; on la modère par des cautérisations au nitrate d'argent ; et on fait des lotions fréquentes avec de l'eau tiède. Au vingt-cinquième jour, les cornées et les conjonctives sont recouvertes d'une couche épaisse de granulations rouges : celles-ci vont dès lors en s'affaissant. Deux mois après l'inoculation, les cornées, surtout celle de l'œil gauche, ne présentent plus qu'un brouillard gris, léger, à travers lequel le malade distingue les objets. Dans la suite, la cornée gauche recouvre, pour ainsi dire, sa transparence primitive ; le malade peut lire de cet œil. La cornée droite est restée couverte d'un albugo qui rend la vision imparfaite.

Obs. II. — Pannus granuleux ; inoculation ; guérison. (Observation de Rivaud-Landrau. Résumée.)

Mme J..., 45 ans, de tempérament scrufuleux, a été toute sa vie affectée d'ophthalmies intenses et répétées. Le 27 novembre 1855, elle offre les lésions suivantes. Sur l'O. D., pannus vasculaire énorme, recouvrant toute la cornée ; absence totale de la vue. Sur l'O. G., ulcère perforant avec hernie de l'iris, albugo. Photophobie.

Rivaud-Landrau réduit la procidence irienne, puis inocule l'œil droit. Trente-quatre heures après, la blennorrhée oculaire se déclare, d'une moyenne intensité ; elle persiste quarante-cinq jours. Au bout de deux mois, la cornée offre une transparence assez complète pour que la malade puisse se conduire et distinguer les objets.

Obs. III. — Pannus granulaire double ; inoculation ; guérison, par le Dr Brière (du Havre). (In Bulletin de thérapeutique, 1873.) Résumée.

Mme M.... 58 ans, vient à la clinique du docteur Sichel, le 21 juin 1871. Elle est affectée d'un pannus granulaire double plus prononcé à gauche. Nombreuses granulations mixtes. Il y a une première amélioration sous l'influence de lotions à l'acétate de plomb. Revient fin 1871, avec du blépharospasme : la canthoplastie amène une nouvelle amélioration. Mais le pannus ne cède pas et en novembre 1872, la malade ne peut plus se conduire.

Le 14 novembre, on fait l'inoculation de l'œil gauche avec du pus de blennorrhagie simple, déjà ancienne. Pas de réaction. Le 17 novembre, on fait une deuxième tentative avec du pus de blennorrhagie aiguë sur l'œil gauche. L'œil droit est préservé.

La réaction est assez vive. L'œil droit se prend le deuxième jour.

On traite par des compresses glacées maintenues en permanence sur les paupières fermées ; injections d'eau chlorée en-

tre celles-ci ; cautérisation des paupières tuméfiées. Le 23 novembre, la cornée s'ulcère superficiellement.

Le 20 janvier, guérison ; la malade peut se conduire. En avril, il n'y a plus de granulations. Le pannus a disparu ; la vue est revenue au point de permettre des travaux très fins à l'aiguille.

Obs. IV. — Pannus granuleux; succès de l'inoculation. Le docteur Sichel l'a pratiquée après avoir vu les deux cas suivants :

Obs. V. — Pannus granuleux chez un garçon de 14 ans; granulations chroniques. L'enfant contracte une ophthalmie purulente épidémique. Il guérit de ses granulations et de son pannus.

Obs. VI. — Pannus avec granulations de la conjonctive.

La malade est une jeune fille, affectée en même temps d'écoulement gonorrhéique. Elle contracte une ophthalmie purulente, et sous cette influence les granulations et les opacités de la cornée disparaissent.

Obs. VII.— Pannus double guéri par l'inoculation involontaire de pus blennorrhagique.

Un jeune homme de 19 ans est soigné à la clinique du docteur Sichel pour des granulations avec vascularisation de la cornée (1872). Après une absence de quelques jours, il revient porteur d'une ophthalmie purulente et d'une blennorrhagie datant de douze jours. On le traite par les réfrigérants et les lavages fréquents. Le docteur Sichel annonce que si les cornées résistent, le malade aura le bénéfice de ses souffrances et sera guéri de ses granulations. L'une des cornées s'ulcère ; on fait la paracentèse, et les ponctions avec un stylet mousse pendant quatre jours. Le malade guérit, ne

conservant qu'un léger néphélion au niveau du point ulcéré.

Obs. VIII et IX. — Quatre cas de pannus généralisés aux deux cornées, traités par l'inoculation blennorrhagique et suivis tous quatre de la guérison la plns complète. Dr Brière (du Havre). (In Ann. d'oculistique, 1875, t. LXXIV.)

L'inoculation n'a été faite que sur un seul œil, l'autre s'est pris rapidement. Il y a deux malades avec pannus double. L'affection a été abandonnée à elle-même. Deux jours après l'inoculation, le malade se lavait les yeux toutes les dix minutes, au moyen d'un appareil spécial consistant en un seau muni d'un tuyau en caoutchouc, avec robinet, et terminé par un tube en verre effilé et émoussé à la lampe.

Le pus provenait dans le premier cas d'une blennorrhagie aiguë chez un jeune homme exempt de syphilis, et qui l'avait contractée avec une femme atteinte de leucorrhée, dans le second cas de l'ophthalmie purulente du premier malade.

La guérison a eu lieu dans le courant du troisième et du quatrième mois.

M. Giraud-Teulon a pu constater le résultat chez un de ces malades.

Obs. X. — Kérato-conjonctivite granuleuse chronique avec pannus sarcomateux. Insuccès de tous les traitements classiques. Inoculation du pus blennorrhagique. Guérison. M. Panas, in Bulletin de la Société de chirurgie, 1878. (Observation recueillie par V. Bellouard, interne du service.)

Walter Simon, âgé de 27 ans, peintre en bâtiments, scrofuleux, entre à Lariboisière le 31 juillet 1875, salle Saint-Ferdinand bis, lit n° 3.

Il y a huit ans, étant militaire, ce jeune homme a été pris d'une conjonctive catarrhale aiguë qui a cédé à l'application d'un traitement énergique. Au bout de quelques mois une inflammation chronique s'est établie graduellement et a abouti à la production de granulations conjonctivales. Peu à

peu les granulations ont à leur tour gagné du terrain, un an après le début de ces accidents le malade avait cessé d'y voir; toute son acuité visuelle se bornait à distinguer, et encore péniblement, le jour de la nuit.

Plusieurs chirurgiens spécialistes, successivement consultés, ont usé de tous les moyens de traitement sans en obtenir le moindre résultat.

En 1871, M. Galezowski pratiqua la section des vaisseaux cornéens de nouvelle formation; puis le malade abandonna tout traitement et se contenta de laver fréquemment ses yeux à l'eau tiède.

Grâce probablement à cette première opération, une amélioration marquée se produisit, le malade put reprendre ses travaux pendant huit mois. Mais alors de nouveaux accidents survinrent. Sous la poussée inflammatoire, la cornée fut une seconde fois envahie par les granulations.

M. de Wecker fit, à cette époque, l'opération de Pagenstecker, puis il abrasa la cornée et cautérisa chaque jour les granulations avec l'acétate de plomb. Il en a été ainsi pendant plusieurs mois sans aucun résultat satisfaisant.

A bout de ressources, le malade se décida alors à demander des soins à l'hôpital Necker. Après plusieurs essais de traitement infructueux, M. le professeur Guyon pratiqua la péritomie, mais cette opération ne fut suivie d'aucune amélioration, et M. Guyon envoya le malade à Lariboisière dans le service de M. le professeur Panas.

31 juillet. Au moment de son entrée à l'hôpital, les conjonctives et les cornées sont totalement envahies par les granulations : au lieu des deux globes oculaires, il semble voir deux morceaux de drap rouge, suivant l'excellente comparaison qui en a été faite.

Le malade ne distingue absolument que la différence du jour à la nuit; il n'apprécie rien au moment où l'on fait passer la main entre ses yeux et une source lumineuse.

Il semble que du côté droit la lésion ne soit pas encore parvenue à un point tout à fait aussi avancé qu'à gauche.

Photopsie intense. Chémosis avec flots de larmes et de muco-pus.

En présence de l'insuccès de tous les moyens de traitement

employés jusque-là, M. Panas se décide à recourir à l'inoculation du pus blennorhagique.

5 août. L'inoculation est faite dans l'œil gauche seulement ; les premiers effets n'ont commencé à se manifester que trois jours après, mais soit que le malade ait touché l'autre œil avec ses doigts, après les avoir souillés du pus de l'œil inoculé, soit que les larmes ou les linges de pansement aient servi de voie de transmission, l'œil droit a été envahi des accidents inflammatoires quelques heures après le gauche, seul inoculé.

Le premier symptôme a été une douleur extrêmement vive qui a nécessité le surlendemain de son début l'application de cinq ventouses Heurteloup ; le côté droit, qui n'avait pas été inoculé primitivement, et sur lequel les accidents n'ont débuté que quelques heures plus tard, a été le plus violemment atteint par la douleur. Après les ventouses, on a appliqué sur les yeux un cataplasme de fécule, glacé et renouvelé d'heure en heure. Chaque matin on faisait une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

L'écoulement purulent des conjonctives était très abondant, au point que le malade était obligé de se tenir couché sur le côté pour que son visage ne fût pas inondé et que le pus n'ait pas tant de tendance à gagner les fosses nasales par les conduits lacrymaux.

Huit jours après, les cataplasmes ont été remplacés par des compresses d'eau chaude pour activer la fonte purulente des granulations et du pannus : l'écoulement purulent continuait.

L'application de ces compresses a été continuée pendant trois semaines. Les yeux étaient, en même temps, exactement bandés, peu à peu la suppuration a diminué. Les douleurs et la photophobie disparurent en entier.

Après ces trois semaines, on a supprimé les compresses d'eau chaude et le bandeau.

Sous l'influence de ce traitement, qui a produit la fonte purulente, les granulations ont considérablement diminué.

Au commencement de septembre le malade pouvait se conduire seul.

15 septembre. Les progrès de l'amélioration continuent.

Aujourd'hui on voit très bien les iris à travers les cornées. Le malade peut de mieux en mieux se servir de ses yeux ; il distingue facilement la physionomie des personnes qui l'entourent.

L'acuité visuelle est meilleure à droite qu'à gauche.

Depuis quelques jours, on a dû appliquer une serre-fine à la paupière supérieure pour renverser en dehors le bord ciliaire de celle-ci, et supprimer la cause d'irritation constante occasionnée par le frottement des cils contre la cornée. La serre-fine est fixée par en bas à un fil qui est appliqué sur la joue par une couche de collodion, et pour que la peau ne s'ulcère par compression, on change très fréquemment le point d'attache des mors de la serre-fine.

Dans le courant d'octobre le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri, et il retourne à son atelier où il a continué à travailler depuis.

Une seule fois il s'est présenté à nous, en 1877, pour une congestion de ses conjonctives, d'où nous concluons que l'individu continue à bien aller.

Obs. XI. — Pannus granuleux. Inoculation blennorrhagique. M. Panas. (Observation recueillie par Ch. Leclère, in Bulletin de la Société de chirurgie, 1878.

Carbonnet (Catherine), âgée de 44 ans, marchande des quatre saisons, entrée à Lariboisière, le 1er juillet 1877, salle Sainte-Marthe bis, lit n° 5.

Cette femme, assez bien portante habituellement, a eu des douleurs rhumatismales en 1870, elle est également sujette à avoir des maux de tête. Elle n'avait jamais eu d'affection oculaire jusqu'il y a deux ans.

A cette époque elle vivait avec sa mère et son fils qui tous deux avaient des granulations.

Elle n'échappa pas à la contagion; à cette époque elle vint à la consultation de la salle Helmholtz, où on lui cautérisa les paupières avec le crayon de sulfate de cuivre, traitement habituel des conjonctivites granuleuses.

Elle fut traitée pendant six mois avec des alternatives en

bien et en mal. Depuis un an, elle a toujours conservé de la rougeur des yeux, des picotements, du gonflement des paupières.

Les granulations ont déterminé de la kératite, brouillard sur la vue qui s'est étendu à tout le champ visuel en commençant par la partie supérieure.

Actuellement la malade voit mieux encore à la partie inférieure.

Depuis le mois de février 1877 la malade ne voit plus pour se conduire, depuis la même époque les douleurs ont cessé. Auparavant elle avait de grandes douleurs dans la tête ; il y avait également un écoulement muco-purulent très abondant qui a beaucoup diminué.

Lorsque la malade se présente à la consultation on constate les lésions suivantes :

Œil droit. — Conjonctivite, avec granulations très prononcées, s'étendant également à toute la conjonctive bulbaire et palpébrale, les exsudats et les vascularisations empêchent de distinguer aucunement la cornée.

Œil gauche. — La conjonctivite est moins prononcée, la cornée recouverte d'exsudats et de vaisseaux peut être reconnue à une teinte plus sombre. Chémosis dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive. De cet œil la malade voit encore les objets sans les distinguer, mais à condition qu'on les place à l'extrême limite inférieure du champ visuel.

Des deux côtés les conjonctives sont charnues, fongueuses, couleur lie de vin.

Ecoulement séreux ou séro-purulent assez abondant. La malade voit la clarté des lumières à 5 ou 6 mètres ; elle redoute la lumière vive.

5 juillet. Inoculation sur les deux yeux, par simple dépôt sur la conjonctive du pus blennorrhagique. Ce pus avait été recueilli le matin même sur un malade de l'hôpital du Midi, dont l'écoulement vierge de tout traitement datait de cinq à six jours.

Le soir, l'écoulement de pus est déjà plus abondant.

Le 6. Le lendemain matin, la coloration de la conjonctive, autrefois lie de vin, est devenue franchement inflammatoire

et a l'aspect d'une plaie de bonne nature en pleine suppuration.

Ecoulement purulent très abondant, cautérisation avec la solution de nitrate d'argent 1/30.

Le 7. La suppuration a augmenté d'abondance, pus jaune verdâtre, analogue à celui de la blennorrhagie à l'état aigu. Gonflement énorme avec œdème des paupières. Etat granuleux très évident des conjonctives. Durant toute la journée, le pus s'écoule spontanément de la fente palpébrale.

Application de glace en permanence. Cautérisation directe de la conjonctive avec le crayon mitigé, nitrate d'argent, 1 partie ; nitrate de potasse, 1 partie.

Le 8. L'écoulement purulent a diminué. Œdème des paupières surtout marqué à la paupière supérieure. La conjonctive du côté droit est moins rouge que les jours précédents. A gauche, rougeur vive et écoulement très abondant.

Le 9. Cautérisation directe avec le crayon mitigé. Continuation de la glace.

La malade se plaint que le jour lui fait mal, même au travers des paupières.

Le 10. Ecoulement de pus très abondant. Collyre au nitrate d'argent 1/30. La partie supérieure de la cornée droite paraît être recouverte d'une couche vasculo-charnue moins épaisse.

La cornée apparaît sous forme de cercle plus foncé. Pas de douleurs. Œdème sous-conjonctival et palpébral. Glycérine.

Le 11. Glycérine. Cessation de la glace.

Le 12. La suppuration a été plus abondante dans la journée et dans la nuit.

Le 13. Plus d'écoulement. On aperçoit les cornées recouvertes de bourgeons charnus, tout autour chémosis, bourrelet conjonctival.

La malade voit un peu mieux de l'œil gauche, surtout du côté externe.

Le 23. Les cornées sont moins recouvertes de bourgeons charnus, le tissu cornéen apparaît sous une couche de pannus très épaisse, il est opaque dans toute son épaisseur.

Amélioration de la vue, la malade perçoit les gros objets. Suppuration assez abondante.

Glycérine en collyre.

Le 30. Les cornées continuent à s'éclairer. Toujours un écoulement purulent. Glycérine.

Le 10. Plus de vascularisation anormale de la sclérotique, le trachome des paupières a en grande partie disparu. La cornée continue à s'éclairer et laisse voir l'iris.

Le 15. Depuis deux ou trois jours, écoulement assez abondant. Céphalalgie assez accentuée.

La malade voit assez clair pour se conduire. La lumière vive cause une impression douloureuse.

Le 27. L'amélioration se prononce de plus en plus. La pupille est parfaitement mobile. La malade distingue les couleurs.

Sensibilité à la lumière vive. Glycérine. La suppuration varie d'abondance suivant les jours.

Septembre. La cornée et la sclérotique ont perdu toute vascularisation anormale.

Les paupières sont souples, lisses à leur surface conjonctivale.

Il n'existe plus de granulations apparentes.

La cornée est trouble dans son épaisseur, à cause de la kératite causée par les granulations. Sulfate d'atropine 10/30. Douche de vapeur.

Novembre. Les opacités cornéennes ont beaucoup diminué, le trouble de la vision a disparu.

Nouvelle poussée de granulations.

Cautérisation au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent.

4 janvier 1878. La malade voit suffisamment pour se conduire. Le soir la vue est encore troublée. Il reste encore des granulations de la paupière, surtout à gauche.

Trouble de la cornée. Injection conjonctivale assez intense.

Cautérisation avec nitrate d'argent ou sulfate de cuivre. Continuation de quelques applications de ce genre pendant les mois de février jusqu'à aujourd'hui fin juin. La guérison nous paraît être assurée moyennant une bonne hygiène des yeux.

En novembre 1879, la malade se présente à l'Hôtel-Dieu, devant M. le professeur Panas, qui constate que la guérison se maintient.

Obs. XII. — Conjonctivite granuleuse à gauche avec pannus complet. Inoculation d'une ophthalmie purulente. Communiquée par M. le Dr Abadie.

Madame Dugu..., âgée de 49 ans, se présente à la clinique du Dr Abadie, le 27 mai 1878.

Antécédents pathologiques nuls; pas d'affections diathésique ou héréditaire.

Au commencement de l'année 1878, ses yeux devinrent malades. Elle consulte d'abord le Dr X..., qui la traite par des bains locaux d'atropine pendant quatre à six semaines. A la suite de ce traitement, la malade dit qu'elle n'y voyait plus à se conduire et qu'il lui était impossible de compter ses doigts; elle distinguait cependant très bien si une chambre était ou non éclairée. Elle possédait seulement une perception lumineuse quantitative.

Depuis lors, c'est-à-dire pendant quatre ou cinq mois, il ne se produisit aucune amélioration; au contraire, les douleurs étaient très vives et empêchaient tout sommeil; l'acuité visuelle était nulle. Au moment de son arrivée à la consultation, le 27 mai 1878, on constate l'état suivant :

L'œil droit est sain.

Œil gauche. — On aperçoit d'abord sur la paupière une large plaque d'eczéma, due probablement à l'usage longtemps continué des bains locaux d'atropine; les paupières sont œdématiées et gonflées.

La conjonctive est couverte de granulations volumineuses, très abondantes, vasculaires et fongueuses. Sur la paupière supérieure, la conjonctive palpébrale a une épaisseur considérable ; elle est boursoufflée et recouvre la paupière inférieure qu'elle déborde sur une partie de son étendue. La conjonctive palpébrale inférieure présente les mêmes caractères. La cornée est le siège d'un pannus qui en recouvre toute la surface.

Ce pannus est épais, extrêmement vasculaire, et se continue sans ligne de démarcation avec la conjonctive bulbaire et la sclérotique. On constate aussi la présence de quelques ulcérations étendues sur la surface cornéenne.

Traitement. — Instillation de sulfate d'atropine 1|500 trois fois par jour, cautérisation de tous les points de la conjonctive avec la solution habituelle : ãã sous-acétate de plomb et eau distillée. Ces cautérisations sont faites toutes les vingt-quatre heures.

Au bout de quelques jours la situation s'aggrave ; les douleurs sont très intenses, et les végétations de la conjonctive sont extrêmement abondantes. On remplace l'atropine par l'ésérine. Le boursoufflement devient tel qu'on est obligé de débrider, en faisant la section de la commissure externe.

Aucune amélioration ne se produit, malgré l'abrasion conjonctivale pratiquée à plusieurs reprises dès la fin du mois de juin.

Les végétations conjonctivales sont énormes ; le pannus a augmenté, il recouvre toute la cornée et se continue sans ligne de démarcation avec la conjonctive bulbaire ; les souffrances de la malade sont intolérables ; elle demande instamment qu'on la débarrasse de son œil. M. Abadie tente un dernier moyen ; il fait l'inoculation d'une ophthalmie purulente.

Le 30 août, il prend du pus, provenant d'une ophthalmie chez un nouveau-né, et le dépose sur la conjonctive en le raclant légèrement.

La réaction inflammatoire fut assez vive et dut être réprimée par une application permanente de glace pendant vingt-quatre heures, et par deux cautérisations au nitrate d'argent (solution au 1/30); puis on laissa la maladie évoluer. Il se produisit une suppuration assez abondante qui détruisit peu à peu l'élément granuleux, et la cornée au bout de quelques jours devint moins opaque. L'hypertrophie de la conjonctive diminua de plus en plus ; trois mois après, celle-ci était revenue à son état normal.

L'opacité de la cornée a disparu aussi très lentement, mais d'une façon progressive, et aujourd'hui le 20 février 1879, la cornée tout en étant encore légèrement nuageuse, est transparente.

Malheureusement une cataracte s'est développée sur cet œil. La vision n'a pu être rétablie que par une opération consécutive.

Pour expliquer la formation de cette cataracte, il faut con-

sidérer que la cornée au début présentait des ulcérations ; celles-ci ont probablement produit une perforation qui aura passé inaperçue, tant le pannus était épais et le cristallin, en contact avec l'humeur aqueuse altérée par le pus, s'est opacifié.

Obs. XIII, XIV, XV. — Pannus granuleux généralisés guéris par l'ophthalmie purulente contractée accidentellement. Dr Brière (du Havre). In Ann. d'oculistique, janvier-février 1879.

Lors d'une épidémie d'ophthalmie purulente, deux jeunes filles, l'une âgée de 15 ans, atteinte de conjonctivite granuleuse et de pannus consécutifs aux deux yeux, l'autre offrant un pannus monoculaire, furent prises de l'ophthalmie très rapidement. On ne prescrivit que des lavages. Deux mois après, les pannus étaient disparus.

Un garçon offrait un pannus dans la moitié supérieure des deux cornées, et un ulcère atonique au centre de l'une d'elles. Sous l'influence de l'ophthalmie purulente, l'ulcère resta d'abord stationnaire, puis se cicatrisa, les vaisseaux morbides disparurent ensuite de la surface des cornées.

Obs. XVI, XVII. — Pannus double ; inoculation ; guérison. Dr Brière (du Havre). Loco cito.

L'inoculation a été pratiquée chez deux malades, atteints de pannus aux deux yeux. L'un d'eux est admirablement guéri ; l'autre est en cours de traitement, mais assez avancé ; sa vue s'améliore et l'on peut affirmer qu'il obtiendra le même résultat.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

Chimie. —De l'isomérie, de l'isomorphisme et du polymorphisme

Histoire naturelle. —Étude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la blie dans la série animale, procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de reduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs végétaux? Quels sont les procédés les plus employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides, sucrés, huileux, résineux et laiteux? Quelles sont les formes dans lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la rechercher des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu : Le président de la thèse,
PANAS.

Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GREARD.